ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFEKTIONSKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

16
2020
16. April 2020

Epidemiologisches Bulletin

Kürzere Dauer der Grippewelle 2019/20 sowie abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen

Inhalt

Impressum

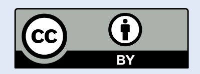
Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon 030 18754–0

Redaktion
Dr. med. Jamela Seedat
Telefon: 030 18754–23 24
E-Mail: SeedatJ@rki.de

Redaktionsassistenz:
Francesca Smolinski
Telefon: 030 18754–24 55
E-Mail: EpiBull@rki.de
Claudia Paape, Judith Petschelt (Vertretung)

Allgemeine Hinweise/Nachdruck
Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung: www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Erste Ergebnisse zum Verlauf der Grippewelle in der Saison 2019/20: Mit 11 Wochen vergleichsweise kürzere Dauer und eine moderate Anzahl an Influenza-bedingten Arztbesuchen

Die Grippewelle in Deutschland ist nach Definition der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) in der 12. Kalenderwoche (KW) 2020 zu Ende gegangen. Sie hatte in der 2. KW begonnen und war mit einer Dauer von 11 Wochen kürzer als in den letzten fünf Saisons (13–15 Wochen). Im Verlauf zirkulierten, vergleichbar mit der Saison 2018/19, hauptsächlich Viren der beiden Influenza-A-Subtypen, A(H3N2) (45%) und A(H1N1)pdm09 (41%). Anders als in der Vorsaison sind in 2019/20 zusätzlich auch 14% Influenza-B-Viren der Victorialinie detektiert worden.[1,2]

In der AGI wird die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen für verschiedene Altersgruppen in der syndromischen Surveillance als Arztbesuche in primärversorgenden Haus- und Kinderarztpraxen wegen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE-Konsultationsinzidenz) gemessen. Während die ARE-Konsultationsinzidenz alle Arztbesuche wegen ARE erfasst, wird in vielen anderen europäischen Ländern in der Influenzasurveillance nur eine Subgruppe dieser Erkrankungen mit Grippe-typischen Symptomen erfasst (*Influenza like Illness*, ILI). Durch das elektronische Meldemodul SEED^{ARE} (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen) der AGI, das auf der Erfassung von ICD-10-Diagnosecodes im Arztinformationssystem beruht, können auch für Deutschland beide Kenngrößen, also ARE-Konsultationsinzidenz und ILI-Konsultationsinzidenz berechnet werden.[3] Dafür werden für ARE-Erkrankungen die ICD-10-Codes der Kategorien J00–J22, sowie die ICD-10-Codes J44.0 und B34.9 erfasst, für ILI nur die Influenza-spezifischen ICD-10-Codes der Kategorien J09–J11. Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 und 2 (s. S. 7) für die Saisons 2017/18 bis zur 13. KW 2019/20 dargestellt. Bei der ILI-Konsultationsinzidenz sind die Grippewellen wesentlich deutlicher zu erkennen. Auch die deutlich stärkere Betroffenheit aller Altersgruppen ab 5 Jahren in der besonders schweren Grippesaison 2017/18 ist gut erkennbar. Allerdings gehen viele In-

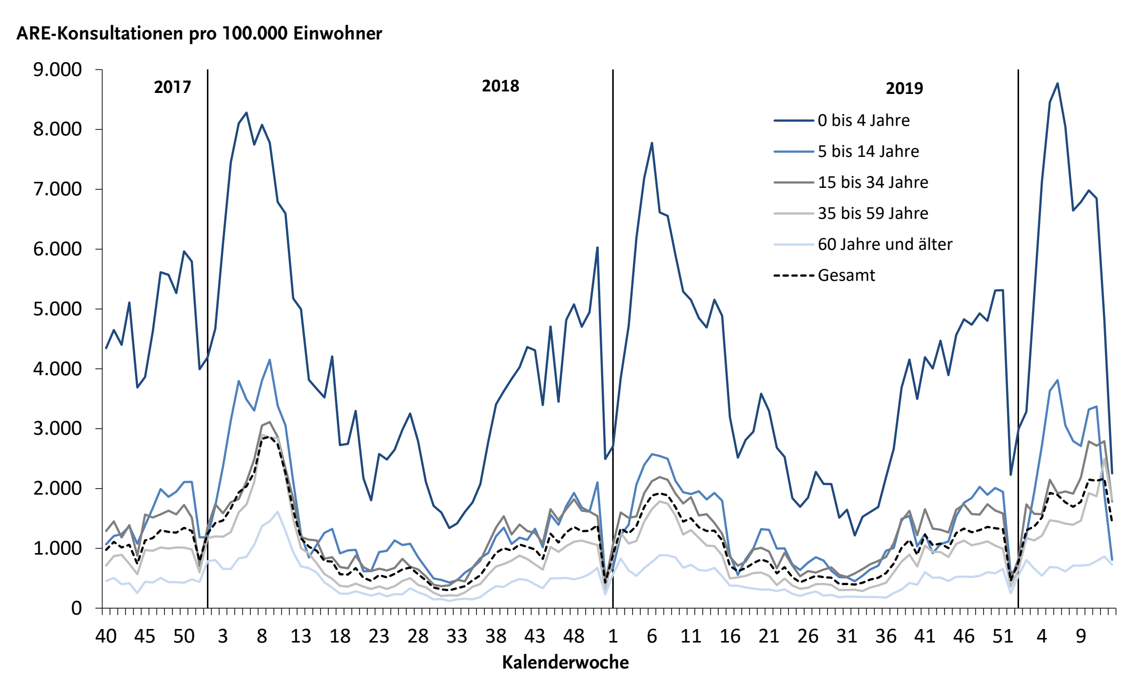


Abb. 1 | ARE-Konsultationsinzidenz in fünf Altersgruppen und gesamt in den Saisons 2017/18, 2018/19 und 2019/20 bis zur 13. KW 2020 berechnet mit Daten der SEED^{ARE}-Sentinelpraxen der AGI. Der schwarze senkrechte Strich zeigt jeweils die erste Woche des Jahres



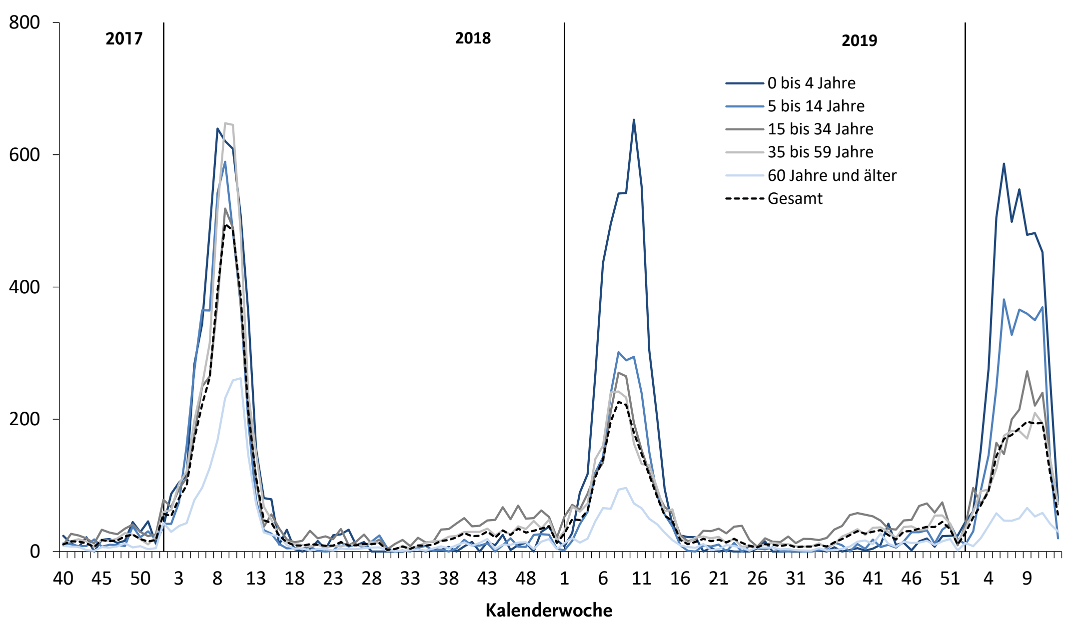


Abb. 2 | ILI-Konsultationsinzidenz in fünf Altersgruppen und gesamt in den Saisons 2017/18, 2018/19 und 2019/20 bis zur 13. KW 2020 berechnet mit Daten der SEED^{ARE}-Sentinelpraxen der AGI. Der schwarze senkrechte Strich zeigt jeweils die erste Woche des Jahres

fluenzaerkrankungen auch mit milderen Symptomen einher und können ohne Labordiagnostik auch während der Grippewelle nicht von anderen Erkältungskrankheiten unterschieden werden.

Deshalb wurde für die Daten aus dem SEED^{ARE}-Modul, vergleichbar mit der Vorgehensweise bei GrippeWeb,[4] ein ILI-/ARE-Quotient gebildet. Dieser Quotient zeigt deutlich, dass selbst auf dem Höhepunkt der Grippewellen maximal 18 Prozent aller ARE-Arztbesuche mit Influenza-typischer Symptomatik einhergehen (s. Abb. 3). Von diesen ILI-Patienten wird wiederum nur ein kleiner Teil labordiagnostisch bestätigt, d. h., dass neben der klinischen

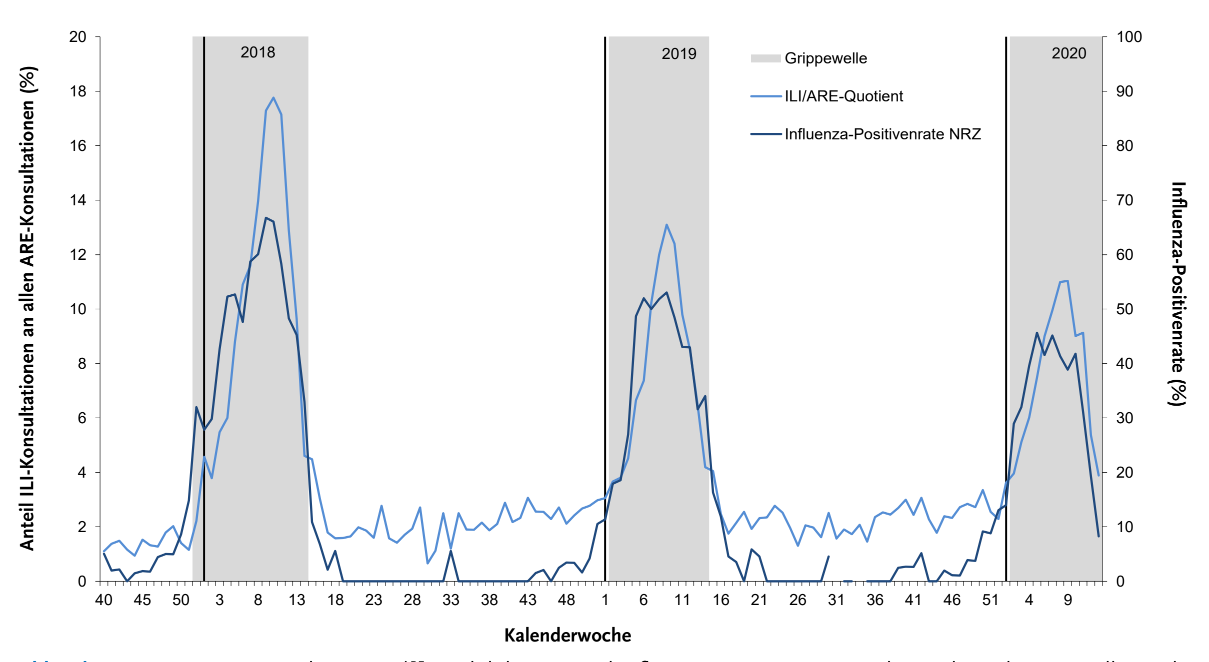


Abb. 3 | ILI/ARE-Quotient aus dem SEED^{ARE}-Modul der AGI und Influenza-Positivenrate aus der virologischen Surveillance der AGI pro Woche in den Saisons 2017/18, 2018/19 und 2019/20 bis zur 13. KW 2020. In Wochen mit 10 oder weniger Proben wird keine Positivenrate dargestellt. Der schwarze senkrechte Strich zeigt jeweils die erste Woche des Jahres an. Der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt

Influenzadiagnose (codiert mit den ICD-10-Codes der Gruppe J11) auch eine laborbestätigte Influenzaerkrankung (codiert mit den ICD-10-Codes der Gruppe J09 oder J10) vorlag. Wenn man die Influenza-Positivenrate aus der virologischen Surveillance der AGI zusammen mit dem ILI-/ARE-Quotienten betrachtet, kann aber eine deutliche zeitliche Korrelation zwischen der Positivenrate und dem ILI-/ARE-Quotienten gezeigt werden (s. Abb. 3, S. 7). Auffällig ist, dass in der Saison 2019/20 die Influenza-Positivenrate zeitlich etwas vor den Werten des ILI-/ARE-Quotienten steil abfällt, während dies in den beiden Vorsaisons eher parallel erfolgte.

Im Rahmen der virologischen Surveillance der AGI werden alle Patientenproben, die im Rahmen des Sentinels an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren eingesandt werden, auch auf weitere respiratorische Viren untersucht.[2] Neben der deutlichen Zirkulation von Influenzaviren, die seit der 2. KW 2020 den Großteil der ARE-Aktivität bestimmten, zirkulierten in geringerem Maße auch Respiratorische-Synzytial-Viren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV) und Rhinoviren während der Grippewelle in der Bevölkerung (s. Abb. 4). Seit der 8. KW 2020 wurden Sentinelproben in der AGI auch auf SARS-CoV-2 untersucht, allerdings waren bislang nur wenige Sentinelproben positiv und die SARS-CoV-2-Positivenrate blieb unter 2 %.[1]

Um die Zahl der Influenza-bedingten Arztbesuche aus allen ARE-Arztbesuchen schon während der Grippewelle abschätzen zu können, wurde ein spezielles Schätzverfahren entwickelt. Dabei werden für die Schätzung der Influenza-bedingten Arztbesuche (oder Exzess-Konsultationen) die Daten der syndromischen ARE-Surveillance und die Ergebnisse der virologischen Influenzasurveillance der AGI durch das NRZ für Influenzaviren kombiniert. Dazu wurde ein generalisiertes additives Regressionsmodell (GAM) für den Einfluss der Influenza auf den Verlauf der ARE-Konsultationen erstellt. Als Maß für die Influenzaaktivität wurde die wöchentliche Zahl der Influenzanachweise im NRZ in das Modell einbezogen. In einem zweiten Schritt wurden die Influenza-assoziierten ARE-Konsultationen entsprechend der Verteilung der im NRZ nachgewiesenen Typen und Subtypen von Influenza aufgeteilt. Eine ausführliche Beschreibung dieser Methode wurde 2019 mit Ergebnissen für die Saisons 2010/11–2017/18 veröffentlicht.[5]

Die vorläufige Schätzung der AGI ergab für die Saison 2019/20 insgesamt 4,2 Millionen (95 % Konfidenzintervall: 3,3–5,2 Millionen) Influenza-bedingte Arztbesuche bis zur 13. KW 2020, ein ähnlicher Wert wurde auch am Saisonende für die Saison 2018/19 geschätzt. Damit kann in dieser vorläufigen Bewertung die Grippewelle der Saison 2019/20 bezogen

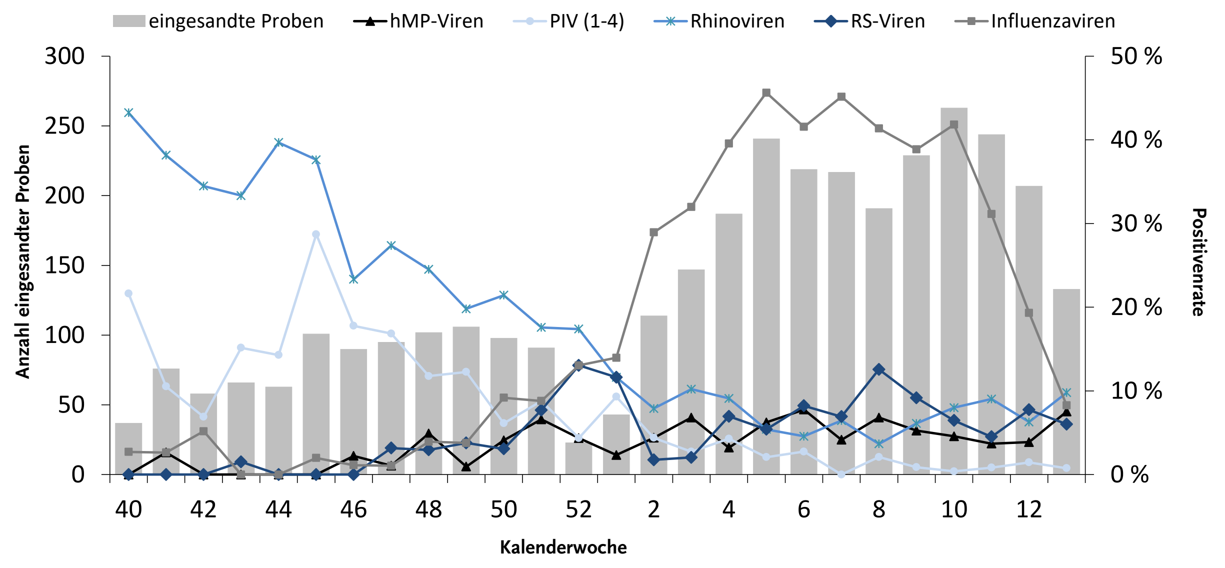


Abb. 4 | Anteil Influenza-, RS-, hMP-, PI- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ eingesandten Proben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2019 bis zur 13. KW 2020. (Respiratorische-Synzytial-Viren (RSV), humane Metapneumoviren (hMPV), Parainfluenzaviren PIV))

auf die Zahl der Arztbesuche als moderat eingestuft werden. Eine endgültige Einschätzung, die auch den Anteil schwerer Krankheitsverläufe stärker berücksichtigt, wird erst am Ende der Überwachungsperiode nach der 20. KW 2020 möglich.

In der vergleichenden Betrachtung der Grippewellen der letzten drei Saisons ist für 2020 das schnelle Abklingen der Influenzaaktivität und eine um mindestens zwei Wochen kürzere Dauer der Grippewelle auffällig. Zu dieser Verkürzung, die sich auch in dem abrupten Rückgang der ARE-Raten in der Bevölkerung bei GrippeWeb zeigte, dürften die bundesweiten Maßnahmen zur Eindämmung und Verlangsamung der COVID-19-Pandemie in Deutschland erheblich beigetragen haben.[4] Da Kinder für die Verbreitung der jährlichen Grippe eine wesentliche Rolle spielen, sind hier insbesondere die Schulschließungen ab der 12. KW 2020 zu nennen.

Sentinelsysteme, die auf verschiedenen Ebenen der Krankheitsschwere etabliert sind, um die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung, im ambulanten und im stationären Bereich zu überwachen, sind bei der Einschätzung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Kontrolle der COVID-19-Pandemie deshalb unverzichtbar. Dabei helfen Vergleichsdaten aus vergangenen Jahren, ohne die eine Einschätzung der aktuellen Lage nur schwer möglich ist.[2,4-7]

Literatur

1 Buda S, Dürrwald R, Biere B, et al.: Influenza-Wochenberichte der Arbeitsgemeinschaft Influenza. 2020. Abrufbar unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx

2 Robert Koch-Institut: Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland, Saison 2018/19. Berlin 2019. Abrufbar unter: https://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx

3 Köpke K, Prahm K, Buda S, et al.: Evaluation einer ICD-10-basierten elektronischen Surveillance akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED[ARE]) in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2016;59:11;1484–1491. Epub 2016/10/26. DOI: 10.1007/s00103-016-2454-0

4 Buchholz U, Buda S, Prahm K: Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung. Epid Bull 2020;16:3–5. DOI 10.25646/6636

5 an der Heiden M, Buchholz U, Buda S: Estimation of influenza- and respiratory syncytial virus-attributable medically attended acute respiratory infections in Germany, 2010/11–2017/18. Influenza Other Respi Viruses. 2019;13:517–521. https://doi.org/10.1111/irv.12666

6 Zwald ML, Lin W, Sondermeyer Cooksey GL, et al.: Rapid Sentinel Surveillance for COVID-19 – Santa Clara County, California, March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. ePub: 3 April 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e3external icon

7 Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, et al.: Schwereeinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhaussentinel für schwere akute Atemwegserkrankungen am RKI (ICOSARI). Epid Bull 2020;14:–9. DOI 10.25646/6601.2

Autorinnen und Autoren

[a] Luise Goerlitz | [c] Dr. Ralf Dürrwald | [b] Dr. Matthias an der Heiden | [a] Dr. Udo Buchholz | [a] Ute Preuß | [a] Kerstin Prahm | [a] Dr. Silke Buda

Robert Koch-Institut:
Abt. 3 Infektionsepidemiologie:
[a] FG 36 Respiratorisch übertragbare Erkrankungen |
[b] FG 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen
[c] Abt. 1 Infektionskrankheiten | FG 17 Influenzaviren und weitere Viren des Respirationstraktes

Korrespondenz: BudaS@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Goerlitz L, Dürrwald R, an der Heiden M, Buchholz U, Preuß U, Prahm K, Buda S: Erste Ergebnisse zum Verlauf der Grippewelle in der Saison 2019/20: Mit 11 Wochen vergleichsweise kürzere Dauer und eine moderate Anzahl an Influenza-bedingten Arztbesuchen.

Epid Bull 2020;16:3–6 | DOI 10.25646/6674.2

(Dieser Artikel ist am 9.4.2020 online vorab erschienen.)

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung

Im Rahmen der Ergreifung von Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie haben die Bundesländer und die Bundesregierung im März, d. h. zu Beginn der Kalenderwochen (KW) 11, 12 und 13 mehrere weitreichende Maßnahmen ergriffen (s. Tab. 1). Von den Maßnahmen wird erwartet, dass sie sich auf die Kontakthäufigkeiten in der Allgemeinbevölkerung auswirken und dadurch die Zahl der Folgefälle von Personen mit SARS-CoV-2-Infektion und somit die Inzidenz neuer COVID-19-Fälle senken.

Start der Maßnahme	KW	Maßnahme
9. März	11	Absage großer Veranstaltungen (mit über 1.000 Teilnehmern) in verschiedenen Bundesländern
16. März	12	Bund-Länder-Vereinbarung zu Leitlinien gegen die Ausbreitung des Coronavirus, u. a. zu Schulschließungen
23. März	13	Bundesweit umfangreiches Kontaktverbot/ Ausgangssperre

Tab. 1 | Wichtige nicht-pharmakologische Maßnahmen auf Bevölkerungsebene zur Eindämmung von COVID-19-Erkrankungen in Deutschland. Kalenderwoche = KW

Ein Effekt der jeweiligen Maßnahmen kann jedoch erst mit einem Zeitverzug von 2–3 Wochen erkennbar sein, u. a. wegen der bis zu 14-tägigen Inkubationszeit von SARS-CoV-2[1] und zusätzlich, weil es zwischen Erkrankung und Erhalt der Meldungen am Robert Koch-Institut (RKI) einen Zeitverzug gibt.

Darüber hinaus kann man sich zur Überprüfung des allgemeinen Effekts der Maßnahmen auch zunutze machen, dass SARS-CoV-2 auf dem gleichen Weg wie andere Erreger von akuten Atemwegserkrankungen (ARE) übertragen wird.

Akute Atemwegserkrankungen werden durch das partizipative, Internet-basierte Überwachungsinstrument GrippeWeb (grippeweb.rki.de) erhoben, über das das RKI direkt Informationen aus der Bevölkerung erhält.[2,3]

Dabei werden folgende Definitionen benutzt: Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) sind neu aufgetretene akute Atemwegserkrankungen mit Fieber oder Husten oder Halsschmerzen; grippeähnliche Erkrankungen (*influenza-like illness;* ILI) sind neu aufgetretene akute Atemwegserkrankungen mit Fieber und (Husten oder Halsschmerzen). Somit gehören alle ILI auch zu den ARE.

Registrierte Teilnehmer von GrippeWeb erhalten eine wöchentliche E-Mail, in der Sie gebeten werden, in ihrem Login-Bereich anzugeben, ob sie in der Vorwoche eine neu aufgetretene Atemwegserkrankung hatten (oder nicht). Gegenwärtig erhält das RKI ca. 5.000 Meldungen pro Woche.

Seit der 13. KW nimmt auch eine randomisierte Stichprobe von etwa 200 GrippeWeb-Teilnehmern an einer mikrobiologischen Überwachung teil (GrippeWeb-Plus), in Analogie zu einer im Jahr 2016 durchgeführten Machbarkeitsstudie.[4] Dabei entnehmen die Teilnehmer bei sich selbst Proben aus der Nase und dem Gaumen und schicken diese an das RKI, wo sie auf 22 verschiedene Erreger, darunter auch SARS-CoV-2, getestet werden.

Über GrippeWeb-Plus sind bisher sogenannte Nullproben (die zu Beginn abgenommen werden) von 138 Teilnehmern eingegangen; in keiner der Proben wurde SARS-COV-2 nachgewiesen. Bei vier Teilnehmern wurden einmal Coronavirus 229E, einmal Coronavirus NL63, einmal *Bordetella pertussis* und einmal (als Doppelinfektion) Bocavirus sowie Rhino-/ Enterovirus nachgewiesen.

Insgesamt ist zu beobachten, dass die ARE-Raten seit der 10. KW (2.3.–8.3.2020) stark gesunken sind (s. Abb. 1 a, S. 4). Diese Entwicklung ist sowohl bei Kindern (bis 14 Jahren) und bei den Jugendlichen und Erwachsenen (ab 15 Jahren) zu verzeichnen (s. Abb. 1 b, S. 4).

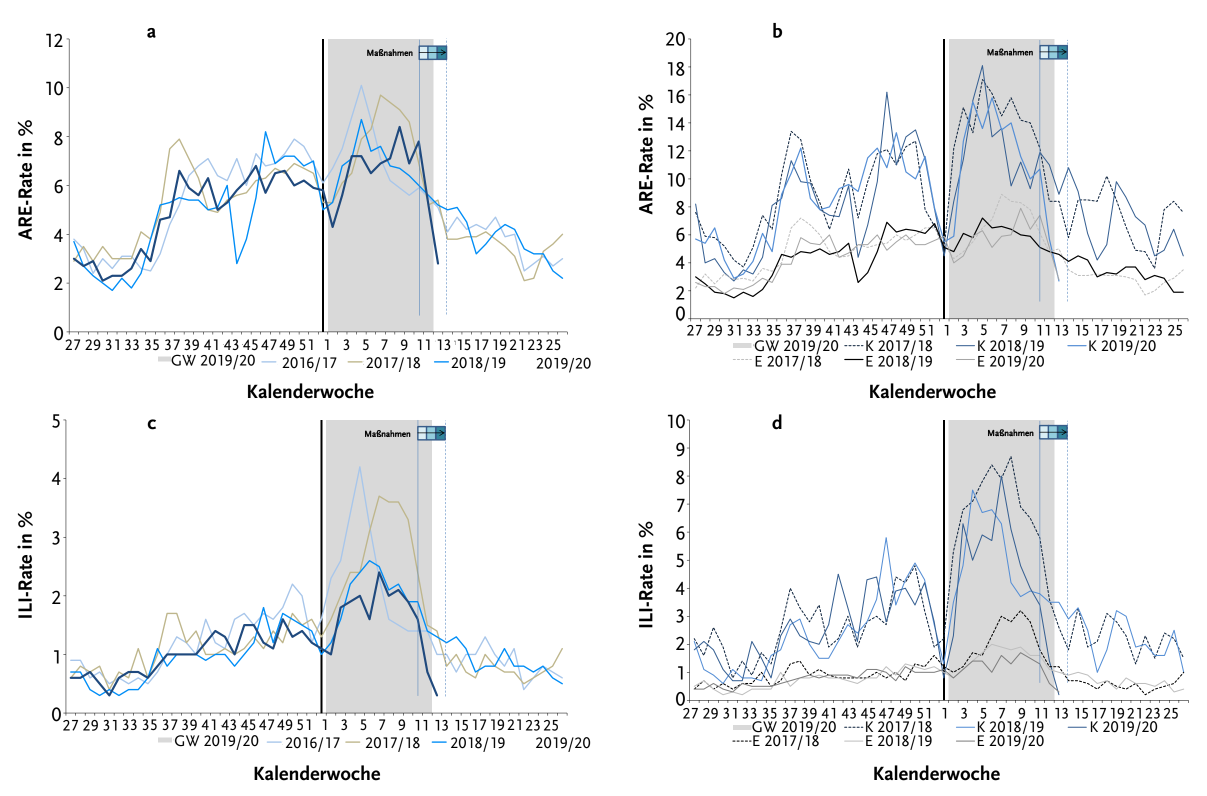


Abb. 1 | Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE- und ILI-Raten (gesamt, in Prozent) in den Saisons 2016/17–2019/20. Der grau hinterlegte Bereich zeigt die bisherige Dauer der Grippewelle (nach Definition der AGI) in der Saison 2019/20. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel. (a)oben links: Gesamt-ARE-Rate; (b) oben rechts: ARE-Rate, unterteilt nach Kindern (0–14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre). (c)unten links: Gesamt-ILI-Rate; (d) unten rechts: ILI-Rate, unterteilt nach Kindern (0–14 Jahre) und Erwachsene (ab 15 Jahre). GW = Grippewelle; K = Kinder; E = Erwachsener.

Insbesondere bei den Erwachsenen ist ein so deutlicher Abfall der ARE-Raten über mehrere Wochen extrem ungewöhnlich und konnte in keiner der drei Vorsaisons verzeichnet werden. Eine ähnliche Entwicklung wird auch bei den ILI beobachtet (s. Abb. 1 c, 1 d). Die ILI-Raten sind ein guter Indikator für die jährliche Grippewelle, weil hier die für Grippe typische Symptomkombination von Fieber und (Husten oder Halsschmerzen) abgefragt wird. Der ILI/ARE-Quotient zeigt an, inwieweit der Anteil in der Subgruppe der Teilnehmer mit grippetypischen Symptomen sich innerhalb der größeren Gruppe der Teilnehmer mit akuten Atemwegssymptomen reduziert hat (s. Abb. 2). Der überproportionale Rückgang der ILI-Raten im Vergleich zu den ARE-Raten bildet damit das durch die Maßnahmen beschleunigte Ende der diesjährigen Grippewelle ab. Diese Indikatoren geben einen klaren Hinweis darauf, dass die Distanzierungsmaßnahmen für die Verlangsamung der Ausbreitung von Atemwegserkrankungen wirksam sind.

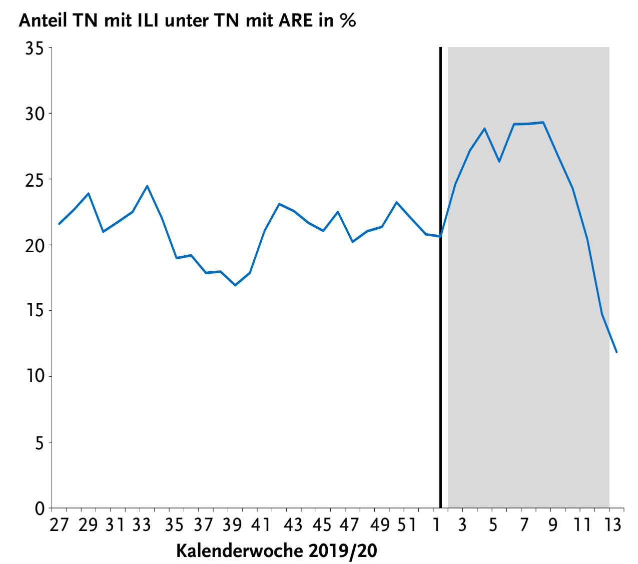


Abb. 2 | Anteil der GrippeWeb-Teilnehmer (TN) mit ILI unter den GrippeWeb-Teilnehmern mit ARE (ILI/ARE-Quotient, in Prozent), dargestellt als über 3 Wochen gleitender Mittelwert, in der Saison 2019/20. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Literatur

8 Linton MN, Kobayashi T, Yang Y, et al.: Incubation Period and Other Epidemiological Characteristics of 2019 Novel Coronavirus Infections with Right Truncation: A Statistical Analysis of Publicly Available Case Data. Journal of clinical medicine 2020

9 Buchholz U, Gau P, Buda S, Prahm K: GrippeWeb als wichtiges Instrument in der Vorbereitung und Bewältigung einer zukünftigen Pandemie. Epid Bull 2017;27:239–247. DOI 10.17886/EpiBull-2017-035.2

10 Haussig J, Targosz A, Engelhart S, et al.: Feasibility Study for the Use of Self-Collected Nasal Swabs to Identify Pathogens Among Participants of a Population-Based Surveillance System for Acute Respiratory Infections (GrippeWeb-Plus)-Germany. Influenza Other Respir Viruses, 2016;13(4):319-330

11 Bayer C, Remschmidt C, an der Heiden M, et al.: Internet-based syndro-mic monitoring of acute respiratory illness in the general population of Germany, weeks 35/2011 to 34/2012. Euro Surveill 2014;19(4)

Autorinnen und Autoren

Dr. Udo Buchholz | Dr. Silke Buda | Kerstin Prahm

[a] Robert Koch-Institut | Abt. 3 Infektionsepidemiologie | FG 36 Respiratorisch übertragbare Erkrankungen

Korrespondenz: BuchholzU@rki.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Buchholz U, Buda S, Prahm K: Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung.

Epid Bull 2020;16:7–9 | DOI 10.25646/6636.2

(Dieser Artikel ist am 3.4.2020 online vorab erschienen.)

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland

(Update vom 15.4.2020)

Zur Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen werden deutschlandweit Daten von Universitätskliniken, Forschungseinrichtungen sowie klinischen und ambulanten Laboren wöchentlich am Robert Koch-Institut (RKI) zusammengeführt. Übermittelt werden diese über eine internetbasierte Umfrage des RKI über Voxco (RKI-Testlaborabfrage), vom Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), der am RKI etablierten Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) oder die bundesweite Abfrage eines fachärztlichen Berufsverbands.

Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich Kalenderwoche (KW) 15/2020 wurden bisher 1.728.357 Labortests erfasst, davon wurden 132.766 positiv auf SARS-CoV-2 getestet (s. Tab. 1).

Kalenderwoche 2020	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Anzahl übermittelnde Labore
Bis einschließlich KW 10	124.716	3.892 (3,1%)	90
11	127.457	7.582 (5,9%)	114
12	348.619	23.820 (6,8%)	152
13	361.374	31.391 (8,7%)	150
14	406.052	36.779 (9,1%)	150
15	360.139	29.302 (8,1%	149
Summe	**1.728.357**	**132.766**	

Tab. 1 | Anzahl der SARS-CoV-2-Testungen in Deutschland (15.4.2020, 0:00 Uhr)

Bis einschließlich KW 15 haben sich 191 Labore für die RKI-Testlaborabfrage oder in einem der anderen übermittelnden Netzwerke registriert und übermitteln nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Da Labore in der RKI-Testzahlabfrage die Tests der vergangenen KW nachmelden können, ist es möglich, dass sich die ermittelten Zahlen nachträglich erhöhen. Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können.

Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter Tests werden in der RKI-Testlaborabfrage und durch einen fachärztlichen Berufsverband Angaben zur täglichen Testkapazität abgefragt (s. Tab. 2). Es gaben 112 Labore an, in KW 15 Kapazitäten für insgesamt 123.304 Tests pro Tag zu haben (s. Tab. 2). Es machten 109 Labore Angaben zu ihren Arbeitstagen pro Woche, die zwischen 5–7 Arbeitstagen lagen. Ausgehend davon, dass die Labore, die keine Angabe zu den wöchentlichen Arbeitstagen gemacht haben, mindestens eine 5-Tage-Woche haben, resultiert daraus (tägliche Testkapazität des jeweiligen Labors x Arbeitstage, Summe aller übermittelnden Labore) eine Testkapazität von mindestens 730.156 durchführbaren PCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 in KW 15.

Kalenderwoche 2020	KW 10	KW 11	KW 12	KW 13	KW 14	KW 15
Anzahl übermittelnde Labore	28	93	111	113	132	112
Testkapazität pro Tag	7.115	31.010	64.725	103.515	116.655	123.304
Neu ab KW 15: wöchentliche Kapazität anhand von Wochenarbeitstagen	–	–	–	–	–	730.156

Tab. 2 | Testkapazitäten der übermittelnden Labore pro Tag und Kalenderwoche (15.4.2020, 0:00 Uhr)

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 15.4.2020).

Epid Bull 2020;16:10 | DOI 10.25646/6756.2

15. Europäische Impfwoche vom 20.–26. April 2020

Hintergrund: Wie jedes Jahr im April ruft das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Europäischen Impfwoche auf. In diesem Jahr findet die Kampagne vom 20.–26. April 2020 statt. Die anstehende Impfwoche soll dazu dienen, „die vitale Bedeutung von Impfungen für den Schutz einer guten Gesundheit von Menschen jeden Alters" zu zelebrieren. Die konkrete Ausgestaltung der Impfwoche liegt dabei in den Händen der einzelnen Mitgliedsstaaten und der Institutionen vor Ort. Auf Länder- und/oder Kreisebene können verschiedene zielgruppenspezifische Aktivitäten angeboten werden, um über das Thema Impfen zu informieren und die Impfakzeptanz zu steigern. Wie bereits in den Jahren zuvor unterstützt auch das Robert Koch-Institut (RKI) die diesjährige Europäische Impfwoche und begrüßt es, wenn sich erneut viele Akteure der Impfprävention an dieser Initiative beteiligen.

Die Europäische Impfwoche bietet eine gute Gelegenheit, auf die Wichtigkeit des Impfens – auch in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – hinzuweisen. Impfungen schützen die Gesundheit von Menschen jeden Alters und ermöglichen es Kindern, sich zu gesunden Erwachsenen zu entwickeln. Jedes Kind hat das Recht, vor impfpräventablen Krankheiten geschützt zu werden. Dieses Recht zu ermöglichen, ist die Aufgabe eines jeden Elternteils. Dabei nehmen Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegkräfte eine wichtige Rolle im individuellen Impfentscheidungsprozess ein; sie vermitteln Informationen, beraten und sie genießen oftmals ein hohes Vertrauen ihrer Patientinnen und Patienten. Mit Ihrer täglichen Aufklärungsarbeit zu Impfungen leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung.

Zur Durchführung von Impfungen während der Pandemie hat das RKI folgende Hinweise veröffentlicht: www.rki.de/covid-19-faq-impfen

Weitere Informationen zur 15. Europäischen Impfwoche finden sich auf der Internetseite der WHO unter www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2020/04/european-immunization-week-2020

Ansprechpartner am RKI sind Julia Neufeind (E-Mail: NeufeindJ@rki.de), Nora Küpke (KuepkeN@rki.de), Yvonne Bichel (E-Mail: BichelY@rki.de) und PD Dr. Ole Wichmann (E-Mail: WichmannO@rki.de).

Zur aktuellen Situation bei ARE/Influenza in der 15. Kalenderwoche (KW) 2020

Zusammenfassende Bewertung der epidemiologischen Lage

Die Aktivität der ARE- und ILI-Raten in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 15. KW 2020 bundesweit stark gesunken. Im ambulanten Bereich wurden bei Erwachsenen und Kindern weniger Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur 14. KW 2020 registriert. Die Werte sind in allen Altersgruppen zurückgegangen. Die Grippewelle der Saison 2019/20 endete nach Definition der AGI-Influenza mit der 12. KW 2020, in der 15. KW 2020 wurde im Sentinel keine Influenza-Aktivität mehr verzeichnet.

Internationale Situation

Ergebnisse der europäischen Influenzasurveillance

Von 26 Ländern, die für die 14. KW 2020 Daten an TESSy sandten, berichteten 12 Länder (darunter Deutschland) über eine Aktivität unterhalb des nationalen Schwellenwertes, 12 Länder über eine niedrige, ein Land über eine moderate (Georgien) und ein Land (Luxemburg) über eine hohe Influenza-Aktivität. Weitere Informationen sind abrufbar unter: (www.flunewseurope.org/).

Quelle: Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft-Influenza des RKI für die 15. KW 2020 https://influenza.rki.de